

演題 3-13

県内市町村における精神保健福祉活動の実態と課題について

－ 市町村アンケート調査から －

宮城県精神保健福祉センター

○ 横野富美子 岩瀬美津枝 小山奈月
畑澤 彩 小原聡子

1 はじめに

障害者自立支援法の施行や市町村合併が実施される等の転換期において、市町村の精神保健福祉活動はどのように変化したのか、今後の精神保健福祉活動における課題は何かを明らかにするため県内市町村を対象にアンケート調査を実施した。その結果を踏まえ、市町村の精神保健福祉業務に関する組織体制、個別支援状況、相談支援事業所との連携等に焦点を当て検討したので報告する。

2 調査対象：仙台市を除く県内の34市町村の精神保健福祉担当課に所属する保健師の代表者。

調査内容：①各市町村の組織体制 ②平成20年度活動実績 ③現在（平成22年2月時点）の活動状況 ④今後の課題

3 調査結果と考察

3-1 市町村の精神保健福祉業務に関する組織体制（保健師の配置）について

26市町村(76.4%)が複数の部署で業務を担当していた。保健部門が主として相談指導や訪問等、福祉部門は各種申請業務等を担当していた。配置数は、平均約9名だった。業務形態は地区担当制単独の市町村はなく、業務分担制と地区担当制の併用が多かった。業務分担制単独は10市町村(29.4%)だった。平成16年度以降組織改編があったのは22市町村(64.7%)で、9市町村が市町村合併によるものだった。組織改編後、保健師一人当たりの業務量は14市町村(63.6%)が増えたとしており、保健師の分散配置や事務量の増加等がその理由となっている。課題として「精神保健福祉士等の配置が必要」「事務職と保健師の連携が難しい」「タイムリーな対応が難しい」等があげられていた。今後、地域課題の変化や法改正により、保健師の配置や業務形態も変化してくると思われるが、地域のニーズに合わせた効果的な活動ができる体制づくりが必要である。

3-2 精神保健福祉活動の現状について（平成20年度実績より）

	精神関連面接相談件数(延)	精神関連電話相談件数(延)	精神関連訪問件数(延)	全訪問件数実延比(延/実)	精神関連訪問件数実延比(延/実)
H14	3,818	6,302	6,150	1.77	3.54
H20	6,002	9,845	4,881	1.63	3.20

※ 経年比較のために無回答市町村及び、無回答市町村を含む合併市町を除いた。

訪問件数が減少しているが、これは他の業務の増加や相談支援事業所への委託も理由の1つと思われる。訪問の実延件数の比も、平成14年より減少しており、1ケースにおける訪問回数が減っていることがわかる。訪問活動は公衆衛生活動において非常に重要な役割を果たしており、対象者へのタイムリーかつ計画的な訪問の実施体制について検討が必要である。

3-3 緊急・困難事例への対応について

緊急・困難と感じる事例は、多くの市町村が「単身、家族の理解協力がなく、機能不全家族、多問題家族」等、家族の中にキーパーソンがいない事例をあげていた。要因として社会情勢の変化があると思われるが、3障害の窓口が1本化され、福祉部門に精神保健担当も配置されたことで、生活基盤が弱い

演題 3-13

等福祉的な問題を抱えた事例に会う機会が増えたことも一因と思われる。課題として、緊急・困難事例は他の業務に優先して対応が必要のため「通常業務の人的調整が困難」、「担当者の負担感が強い」、さらに「支援方針の明確化、対象者の理解、関係機関の調整」等があげられていた。今後も、市町村は身近な相談機関として、緊急・困難事例への対応が増加すると思われる、対応策について検討が必要である。

3-4 精神障害者へのケアマネジメントについて

ケアマネジメント実施市町村は 21 市町村 (61.8%) で、福祉サービス利用者や処遇困難事例に対して実施されていた。実施上大変な事として「記入に時間がかかる」「質問・記入の仕方が難しい」とあった。ケアマネジメントの件数は年間 5 件以下が 8 市町村 (38.1%) だった。未実施市町村の理由は「記入に時間が取れない」「手法が面倒・難しい・使いにくい」等となっていた。分散配置や事務量の増加などで個別支援に十分な時間が取れない現状の中で、県としてケアマネジメントの目的や必要性を再確認し、ツールの改善や実施方法の学習の機会を設ける等、活用の定着を支援していく必要がある。

3-5 障害者自立支援法施行後の業務の変化について

(1) 相談支援事業所との連携について

相談支援事業については、24 市町村 (70.5%) が相談支援事業所に委託していた。相談支援事業所との連携について「十分」と回答したのは 8 市町村 (33.3%) で、16 市町村 (66.7%) は「不十分」「どちらとも言えない」と回答していた。事業所スタッフについては、「職員の精神障害者に関する知識や技術が不十分」と感じているのが 13 市町村 (54.2%) あり、その理由としては「法施行前は知的・身体障害中心の事業所であり、精神の経験が不十分だと感じる」「職員の異動が激しく定着しない等、職員体制が要因と思う」「新しい事業所で経験が不足」等があげられていた。今後は事例を通したよりきめ細やかなケア会議や情報交換等をおこなう必要があると思われる。また、相談支援業務における市町村と事業所の役割分担や連携について、市町村毎はもちろん、各圏域の自立支援協議会等で検討し、共通の課題については県の自立支援協議会等で検討していくことも必要である。

(2) 障害者自立支援法前後での活動の変化と課題

変化を感じると回答した市町村が 22 市町村 (64.5%) あった。「サービスの幅が広がる・支援者が増えた」「ケースを把握しやすい・情報量が増えた」等のプラスの変化として 19 市町村、「事務量が増えた・業務負担が大きい」等マイナスの変化として 4 市町村が答えている。相談支援事業を行う中の課題は、「利用できるサービス、社会資源がない」が 22 市町村 (64.7%) で最も多かった。また、「相談支援事業所にどこまで委託してよいか迷う」、「事業所との役割分担、連携が不十分」、「事例のケアマネジャーが不明確」等の役割分担に関する課題を 21 市町村 (61.8%) があげていた。さらに、「相談支援事業所に委託しているが、実態が見えなくなってきた」との回答が 6 市町村 (17.6%) あった。

4 まとめ

法改正や市町村合併等、市町村を取り巻く状況は大きく変化してきたが、状況の変化に合わせて活動を展開していくことはなかなか難しく、課題に感じている市町村が多かった。また、分散配置等により保健師 1 人にかかる負担も増えており、業務遂行体制の整備を課題と感じる市町村も多い。市町村は、今後も身近な相談機関として多種多様で複雑な問題を抱えた事例への対応が求められ、組織的な事例管理、専門職としての技術の向上等が課題となってくる。これらの課題に対応するための体制の検討、地域での支援ネットワークの構築、ケアマネジメント技術の向上、スーパーバイズが受けられる体制の整備等が必要である。今回の結果をセンターとして人材育成研修や、県と市町村の役割分担や連携、効果的な市町村支援のあり方等について関係者との検討機会を作る等、反映させていきたい。

演題 3-14

浜松市在住ブラジル人のメンタルヘルス実態報告 — 経済状況の変化とこころの健康に関する調査結果から —

浜松市精神保健福祉センター ○高林智子 二宮貴至
静岡文化芸術大学 池上重弘

1. 目的

平成 20 年後半から深刻化した経済状況の悪化に伴う、浜松市に在住するブラジル人のこころの健康や自殺の予防に関して、メンタルヘルスの実情や傾向を把握し、総合的な自殺対策を推進するための基礎資料として、活用することを目的とした。

2. 対象

(1) 質問紙調査：浜松市に外国人登録をしている 16 歳以上のブラジル人男女のうち無作為抽出された 5,000 人

(2) 個別面接調査：質問紙調査で面接調査に同意した方のうち 28 名

3. 方法

(1) 質問紙調査：無記名自記式質問紙調査を郵送法にて実施した。調査票は、日本語版とポルトガル語版の 2 通を送付した。調査期間は、平成 21 年 12 月 1 日～14 日であった。

(2) 個別面接調査：対象者は、男女、日系か非日系か、来日後の自殺念慮の有無の観点で選定した。対象者へ連絡を取り日程調整を行い、来所による個別面接調査を実施した。面接は半構造化面接法で実施した。調査期間は、平成 22 年 1 月～2 月であった。

4. 調査項目

(1) 質問紙調査

① 個人属性：性別、年齢、居住行政区、在留資格、国籍、世帯人数、同居者の有無と内訳、子どもの有無と人数、来日年月、帰国の程度、日本での滞在年月、第一言語と日本語能力、地域行事や団体活動への参加、近隣ネットワーク、居住形態、最終学歴、職業に関すること、平均月収、1 年間の世帯収入

② 健康に関すること：主観的健康感、2 年前(平成 19 年 12 月頃)との健康状態の比較、症状の有無と通院の有無、抑うつ状態(CES-D)、アルコール依存(CAGE テスト)、1 年間の悩みやストレスの有無、悩みやストレスの原因、相談相手(情緒的サポート、道具的サポート)、相談することへの意識、ストレス対処、うつ病のイメージ、不眠時の受療行動と受診しない理由、相談機関の認知度

③ 自殺に関すること：来日してからの自殺念慮の有無、自殺念慮の理由、自殺念慮者への対応

④ 自由記載

(2) 個別面接調査

ライフヒストリー、来日の経緯、家族構成、経済危機前後の仕事と家族生活に関する変化、子どものこと、人間関係・団体・行事への参加、アイデンティティ、日本語学習、多文化ストレス

5. 結果

(1) 質問紙調査

① 回答率

5,000 件を郵送し、転居等で 915 件(18.3%)の未達があり、回収数は 721 件、回収率は 17.6%であった。このうち、日本語版での回答は 70 件(9.7%)であった。

演題 3-14

②個人属性

回答者の性別は、男性 378 人(52%)、女性 343 人(48%)のほぼ半数ずつであった。年代は、40 代が最も多く 30%、次いで 30 代が 27%であった。在留資格は、永住者が最も多く 67%であった。日本での滞在年数は、15～19 年が最も多く 36%、次いで 10～14 年が 29%であった。10 年以上の滞在者は 70%を占めた。母国語は、約 9 割がポルトガル語と回答し、日本語能力については、日常会話、ひらがな・カタカナの読み書きについては、「ほぼできる」「わりとできる」が半数以上であった。地域団体・活動への参加については、半数近くが宗教団体の活動に参加していた。次いで、学校の保護者会、地域の行事、母国人同士で開催する行事に、4 割近くが参加していた。就業状況は、間接雇用(派遣・請負)が最も多く 37%、次いで直接雇用(正社員)が 18%、無職(休職中)が 17%、直接雇用(パート)が 11%であった。

③健康に関すること

現在の健康状態では、「普通」との回答が最も多く 45%、「とても良い」「まあ良い」は 43%であった。2 年前との比較では「同じくらい」との回答が最も多く 69%であったが、一方「悪くなった」との回答は 17%であった。抑うつ傾向(CES-D16 点以上)にある人は、約 2 割であった。性別では、男性に比べて女性に抑うつ傾向が高く、年代では、30 代や 40 代に比べて 20 代以下は抑うつ傾向が高かった。また、相談相手が親族である方が、抑うつ傾向は低かった。雇用状況による抑うつ傾向の有意差は認めなかった。この 1 年の悩みやストレスの有無について、「よくあった」が 19%、「たまにあった」が 42%であり、その内容は、経済問題が最も多く 69%、次いで家庭問題が 43%、勤務問題が 41%であった。相談相手がいるとの回答は、情緒的サポートでは 94%、道具的サポートでは 81%であった。相談相手は、配偶者、自分の親、兄弟姉妹、同国人の友人・知人が多かった。また、相談相手に関して親族・知人共にいる場合が 32%、親族のみが 41%、知人のみが 12%、どちらもいない場合が 15%であった。

④自殺に関すること

来日してからの自殺念慮の有無については、「あり」62 人(8.6%)「なし」602 人(91.4%)であった。その理由として最も多かったのは、人間関係が 40%、次いで家庭生活 34%、恋愛関係 31%、経済的な問題 31%であった。

⑤自由記述

自由記述の記入は、112 件(15.5%)であった。内容により分類すると、「こころの健康に関する意見」が 65%と大半を占めた。その内訳では、人間関係に関するもの(人間関係の希薄さ、孤独、日本社会側の問題点など)が 17 件、信仰(神への信仰で困難を乗り越えられる、自殺は罪など)が 14 件、医療(精神科医やカウンセリング専門家へのアクセス情報、受診の無料化など)が 13 件、その他(健康保険加入、職場でのカウンセリング、電話相談など)が 26 件であった。

(2)個別面接調査

対象者 28 名のうち、2 名が参加を断り、残りの 26 名に調査協力の承諾を得た。面接は、ブラジル人のメンタルヘルス専門家が 60～120 分の面接調査を実施した。労働環境と言語や文化の違いによるストレス、経済的問題による家族関係の悪化、医療受診の問題などが語られた。自殺念慮者が自殺を考えるように至った要因は複数であり、自殺を考えたことのない人も日常生活で何らかのストレスを感じていた。そこから、母国語による心理的支援、一般コミュニティへの啓発の必要性が示唆された。

6. 考察

経済危機下での失業や収入減が背景にあるものの、複合的な要因により精神的なストレスを負っている人の存在が明らかになった。また、これまではブラジルへの帰国をこころの拠り所として日本での窮状を耐える傾向もあったが、現実的には困難な場合もあり、これまで以上に閉塞感や絶望感を感じている状況も認められた。自殺念慮については、平成 20 年度の市民意識調査と同様の結果となった。この調査をもとに、平成 22 年 7 月から、ポルトガル語によるメンタルヘルス相談窓口を設置した。今後も調査結果の詳細な分析を行い、より実態に即した自殺対策事業を行なっていきたいと考える。

演題 3-15

川崎市における地域リハビリテーションシステムの展開 ～多様化する課題に対応した地域支援システム構築について～

1) 川崎市精神保健福祉センター

2) 川崎市北部リハビリテーションセンター 百合丘障害者センター

○ 川上賢太¹⁾・森江信子¹⁾・小柳津由美子¹⁾・伊藤真人¹⁾・萩原利昌²⁾

1 はじめに

川崎市は神奈川県北東部に位置し、北は東京都、南は横浜市に隣接している。人口は約 140 万人であり、7つの行政区を抱える政令指定都市である。面積は政令指定都市の中でも狭く、1k㎡あたりの人口密度は約 1 万人弱であり、人口密度の高い過密都市となっている（平成 22 年 7 月 1 日現在）。

川崎市では、平成 18 年度にアウトリーチによる支援を主とした多職種（SW・Ns・OT・CP 等）で構成される「地域支援」部門を精神保健福祉センター内に設置した。「地域支援」部門の主な業務内容は、①支援困難な対象者に対するアウトリーチ支援、②区保健福祉センター・相談支援事業所等の地域関係機関への支援、③医療観察法対象者並びに処遇終了者への継続支援、④地域自立支援協議会参加等による地域連携業務、等である。そして、平成 20 年度には精神保健福祉センター分室機能を持つ北部リハビリテーションセンター（人口約 37 万人の北部 2 行政区を担当）が開設された。北部リハビリテーションセンターでは、「地域支援」部門業務に加え、アルコール・薬物・思春期等の特定相談やうつ病家族セミナー等、精神保健福祉センター他部門の業務も一部行っている。

今回、川崎市における地域リハビリテーションシステムについて概観し、アウトリーチチームによる支援対象者 146 名（当センター 75 名・北部リハビリテーションセンター 71 名、平成 22 年 7 月末現在）について検討した。それによって見えてきた支援の状況や今後の地域支援システム構築について若干の考察を試みる。

2 川崎市の地域リハビリテーションシステムの展開

川崎市は、昭和 46 年に川崎市心身障害センター（現川崎市心身障害者総合リハビリテーションセンター）を設置した。この中に精神障害リハビリテーション推進機関としてリハビリテーション医療センターが整備された。リハビリテーション医療センターでは、地域生活支援・リハビリテーション等の重層的なケアを展開してきた。

平成 9 年には「かわさきノーマライゼーションプラン」において、すべての障害者が住み慣れた地域で最適な自立生活を送るための総合的な地域リハビリテーションシステム整備の必要性を掲げた。その後、平成 12 年に「地域リハビリテーションシステム構想」において、中央リハビリテーションセンターや市内 4ヶ所への地域リハビリテーションセンター設置等を提言した。

その後、平成 20 年度に地域リハビリテーションセンター第 1 段として北部リハビリテーションセンターを設置した。また、心身障害者総合リハビリテーションセンター再編整備に向けて各種調査・検討も重ねてきており、現在はその再編整備にも着手している。

3 支援対象者の検討

(1) 対象者基本属性

性別では、男性 84 名・女性 62 名であった。年齢別では、10 代 5 名・20 代 25 名・30 代 29 名・40 代 49 名・50 代 25 名・60 代 12 名・70 代 1 名（74 歳）であった。

(2) 内容検討

当センターと北部リハビリテーションセンターの支援対象者 146 名を、支援内容や疾患・障害ごとに分類した。支援内容項目は、過去の川崎市によるセンター長会発表演題（平成 18 年野木他・平成 19 年

演題 3-15

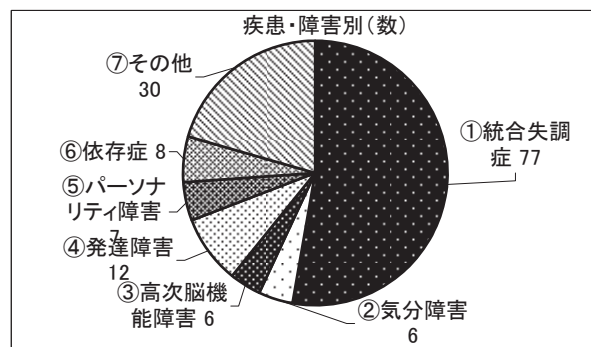
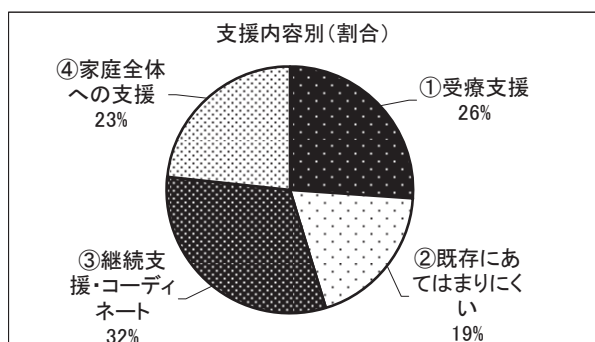
桜井他等)等を参考として作成した。

支援内容項目は、①受療支援（未治療・医療中断・近隣苦情等への対応）、②既存の精神保健システムにあてはまりにくい場合への支援（高次脳機能障害・発達障害・依存症等への支援）、③医療・福祉の継続支援やコーディネート（医療観察法対象者や処遇終了者への支援を含む）、④家庭全体への支援（虐待・家庭内複数障害者・要介護高齢者等）とした。

(3) 支援内容、疾患・障害別分類結果

全対象者 146 名の分類結果は下記の通りである。

項目	数	割合	備考
①受療支援	38	26%	未治療・中断・近隣苦情等
②既存の精神保健システムにあてはまりにくい場合	28	19%	高次脳・発達障害・依存症等
③医療・福祉の継続支援やコーディネート	46	32%	医療観察法対象者を含む
④家庭全体への支援	34	23%	虐待・家族内複数障害者等



(3) 支援内容別、疾患・障害別分類結果より

支援内容別では②・④が半数近くを占めており、支援対象が「個人」にとどまらず「家庭全体」へと拡大している。疾患・障害別では、統合失調症が過半数を占めている。しかし、他疾患・障害も多くなっており、課題は複雑化し、各疾患・障害に応じた専門的な対応かつ保健医療福祉の総合的支援が求められていることが分かる。

4 考察 ～多様化する課題に対応するために～

(1) 「多職種」による「多機関」連携へ

複雑化する課題に対応するためには、専門的治療を行う医療機関、児童福祉機関や教育機関、高齢者福祉機関等、状況に応じて多様な関係機関によるチームアプローチが必要となる。特に家庭内の問題は、家族それぞれの疾患・生活歴・家族間の人間関係等様々な要因が複雑に絡み合って生じていることが多い。こうした場合には、多職種連携に加え、「多機関連携」による支援が必要不可欠である。

当センター等に配置された多職種チームには、対象者や関係機関への支援のみならず、組織同士を結びつけ、「多機関連携」を促進するためのコーディネートも求められる。そして、今後の地域リハビリテーションシステムには、こうした「多機関連携」を円滑に進めるための仕組みづくりも必要である。

(2) 「多機関連携」の具体的な取り組み

「多機関連携」に向けた取り組みは、市内各分野において既に始まっている。一例として、ここでは当センター等が参加する児童相談所・区子ども支援室（各区に配置の子ども関連相談窓口）等との連絡会・検討会を挙げたい。この会議へ参加により、支援が開始となった事例もある。当センター等が専門機関として支援に関わることで、家庭（主に保護者）の精神保健福祉ニーズに対応した適切な支援が可能となる。家庭への適切な支援により、子どもの将来的な精神障害予防にもつながる可能性があると考えられる。こうした他領域との連携やネットワーク拡充を今後も更に推進したいと考えている。

演題 3-16

アウトリーチ支援モデル事業の考察と課題

都立精神保健福祉センター

○佐藤良行、益子茂、田中祐、菊地章人、佐藤陽子、大杉章友

1 はじめに

都立精神保健福祉センターにおいてアウトリーチは、地域関係機関及び住民に対する支援活動の基本的な手法であり、これまで地域での複雑・困難事例に対して保健所等地域関係機関からの依頼に応じて事例検討会やケース宅訪問・家族面談などに取組んできた。右の表1は、平成19～21年度に取組んだケース宅訪問を中心とした複雑困難ケースの支援対象者数である。しかし、これまでの活動はどちらかといえば初期介入に重点を置いたものであり、必ずしも入院後のフォローアップや退院後の地域生活安定化までの継続的な支援には目的意識的に取組んでは来なかった。

表1 支援対象者数

年度	支援対象者数
平成19年度	16
平成20年度	27
平成21年度	32

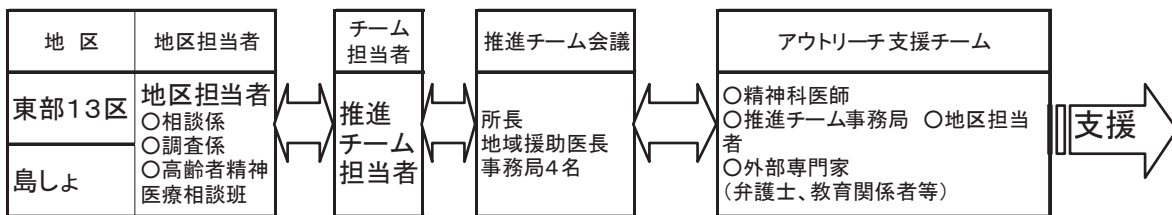
平成21年11月、東京都地方精神保健福祉審議会が「～精神障害者を地域で支えるために～早期に取り組むべき施策に関する意見具申(中間のまとめ)」を発表したのを受けて、都立精神保健福祉センターでは本年4月から、アウトリーチ支援モデル事業に取り組むこととし、受療や入院支援という初期介入のみならず、医療中断や未治療等のケースが地域で安定して生活できるまで、保健所等地域関係機関に対して計画的かつ継続的に支援を行うこととした。

現在、都の3つのセンターでそれぞれのセンター機能の特色を発揮しながらモデル事業に取り組んでいるが、今回の発表では、都立精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ支援モデル事業の概要を報告するとともに、取組み事例及び活動の考察を行うとともに今後の課題を明らかにしたい。

2 アウトリーチ支援モデル事業の概要

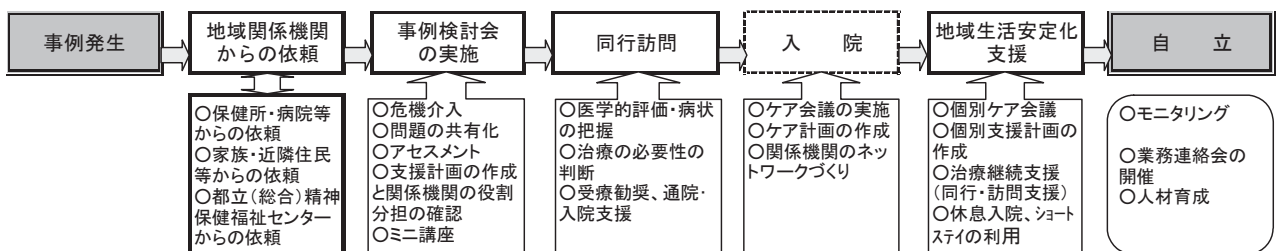
- (1) 支援対象者: 都立精神保健福祉センターの担当地区の保健所等地域関係機関、及び他の都立(総合)精神保健福祉センターから依頼のあったケースとした。
- (2) 支援体制: これまでの地区担当職員と精神科医師による支援体制から、機動性と専門性を重視した図1に示すような支援チーム体制を新たに編成して取り組むこととした。

図1 支援体制の概略



- (3) 支援活動の概要: 支援の各ステージにおける活動の概要を、次図2に示す。

図2 支援活動の概要



演題 3-16

3 支援対象者の内訳と特徴

8月13日現在の支援対象者は、島しょ4事例を含め23名(男性13名、女性10名)であり、年齢は29歳から66歳まで、平均年齢は48.7歳であった。

支援依頼先の内訳は、区保健所及び障害福祉課が18事例(74%)、都保健所が4事例、他(総合)精神保健福祉センターが1事例であった。また、主な支援依頼理由は表2のとおりであり、住民や家族そして関係機関から相談を受けた保健所等が対応に苦慮して精神保健福祉センターに支援を依頼するという経路が大半を占めた。なお、入院中及び退院直後の事例に対する地域生活安定化に向けた支援依頼が4事例あった。

精神科治療の状況を図3に示したが、未治療は2事例であり、医療中断が半数を占めている。通院はしているが不定期な3事例を含めると、医療中断や未治療等から精神的に不安定な状態となっている事例は17事例(74%)となる。

支援対象者の診断名は図4のとおりである。不明の7事例を除くと統合失調症が8名で半数を占めている。

本年度、初めて精神保健福祉センターに依頼があった事例は8事例であり、その他15事例は年度をまたいで支援を継続している事例である。中には本人の状態に波があるため、10数年間にわたって断続的に近隣苦情が繰り返されている事例もあった。

4 支援活動の結果と考察

推進チームの会議を定期的に行い、個別事例ごとに支援の現状と問題点及び今後の支援方針を検討しながら支援活動を行った。その結果、保健所等地域関係機関からの連絡を受けて活動するという従来の支援形態から、精神保健福祉センターから積極的に地域関係機関に働きかけ、支援計画に基づいてケース支援を行っていくという支援形態にシフトしてきたと言える。また、個別の事例検討会の場を利用してミニ講義を開催し、地域関係者が精神保健福祉の理念や疾病への理解を深められるように留意した。

8月13日現在、訪問により本人と面接ができた事例は14名であり(61%)、面接を拒否しているため本人と接触することができない事例は5名(22%)であった。また、医療中断・未治療14事例の内、面接できた8事例の中で受診勧奨の働きかけにより入院を同意した事例はわずか1名であった。そのことから、本人と支援スタッフとの信頼関係を築いていくことが重要であると言える。モデル事業の効果や個別事例の転帰及び依頼理由から見た結果については、全国精神保健福祉センター研究協議会の場で発表することとしたい。

5 今後の課題

モデル事業を開始したばかりではあるが、とりわけ以下の3点が今後の検討課題と考えられた。

- (1) センター事業の合間を縫っての支援ではなく、専任の支援チームを組み、緊急的な初期介入から地域生活安定化までの一連の支援活動を、計画的、継続的に展開していく体制を作る必要がある。
- (2) 入院時の病床確保や退院前のケア会議など、医療機関との緊密な連携を図っていく必要がある。
- (3) 精神障害者が地域で安心して生活できるよう、都区の退院促進支援事業や地域生活安定化支援事業などの活用を図っていくことを含め、地域の見守り支援ネットワークづくりに引き続き取り組んでいく必要がある。

表2 支援依頼理由

依頼理由	事例数
近隣苦情	5
暴言暴力	4
社会的問題行動	4
頻繁な救急車要請	4
受療勧奨	3
地域生活安定化支援	4

図3 治療状況

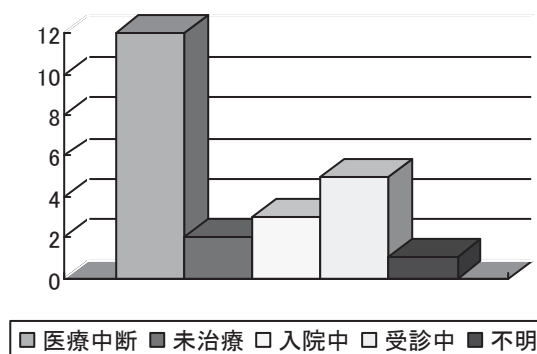
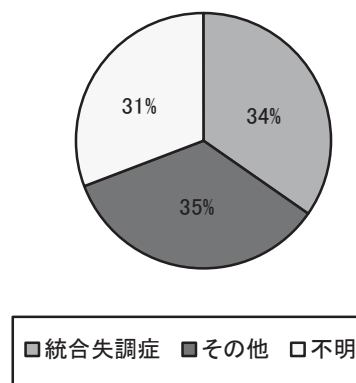


図4 対象者の診断名



演題 3-17

宮崎県の口蹄疫対策における被災者支援とその実績に関する報告

宮崎県精神保健福祉センター

○渡 路子

松尾 祐子、池上智絵

1. はじめに（口蹄疫感染とは）

宮崎県では、平成22年4月20日に、県中央部に位置する都農町において、国内で10年ぶりの口蹄疫感染が確認された。口蹄疫とは、ウシ、ブタ、ヤギ等の偶蹄目に属する動物にのみ伝染するウイルス性の伝染病であり、口や蹄の皮膚、粘膜に水疱を形成し、極めて高い感染率を持って急速に広がるため、家畜法定伝染病に指定されている。伝播は接触および空気により、人への感染は問題とはならないものの、人等が感染の媒体となるため、農林水産省の特定家畜伝染病防疫指針に基づき、発生農場から数10キロメートルの範囲内で交通遮断、生体の搬出の制限、疑似患畜を含めた全頭殺処分、埋却および消毒処置が行われる。2001年にイギリスで感染が拡大した際には、約1兆4千億円の経済被害が生じたとされており、畜産業への被害だけでなく、交通制限による観光業等の地域産業への経済的影響が被害の特徴となる伝染病である。

今回の本県における感染状況は、発生後約3ヶ月間に渡り、川南町、都農町を中心に感染が拡大し続け、5月18日に県対策本部より「非常事態宣言」が出され、7月27日までの間、消毒の徹底の他、不要不急の外出や畜産農家との接触制限を行ってきた。結果として、292例の疑似患畜が確認され、約30万頭の疑似患畜とワクチン接種家畜の殺処分・埋却が行われることとなった。このような防疫対策が国をあげて行われる中、精神保健対策としては、4月より相談窓口を設置し、被災者及び支援者向けのリーフレットを配布する等、早期より従来行われている被災者支援対策を開始した。しかし、相談件数は20件程度に留まる一方で、感染確認の1ヶ月後頃より、農家の孤立化と事態の長期化を背景に、自殺企図を理由に医療施設へ救急搬送される等の精神症状の重症なケースが散見されるようになった。更には、これまでの大規模災害時における被災者支援とは異なり、畜産農家との接触制限のため、現場へは容易に地元支援者による個別訪問の支援ができず、これまでの被災者支援に準じた対応は困難であった。このため、当センターにおいては、県が主体となった積極的介入が必要であると判断し、全感染及びワクチン接種農家に対する保健師による電話スクリーニングを6月7日より開始した。また、スクリーニングにおいて重症と判断されたケースについては市町村と連携し、保健師による個別訪問、及び精神科医による往診を行える体制を整備することとした。今回はこの実績に基づき、今後の災害時の精神保健対策に必要な基礎データを報告する。

2. 対象と方法

対象は口蹄疫発生およびワクチン接種農家計1248戸であった。県及び県立看護大学、県看護協会から派遣された保健師9名により、電話による対象農家世帯に対する電話によるスクリーニングを行った。（市町村によっては、同様の方式を用いて独自に調査を行った。）全般的な状況や身体症状の確認を行った上で、精神症状の評価については、K6/K10を用いてスクリーニングを行った。これにより、受診勧奨、要訪問、要観察・見守り、再電話の4群に分類し、担当の市町村保健師の訪問および、宮崎大学医学部の協力を得て、当センターより精神科医の往診を行った。

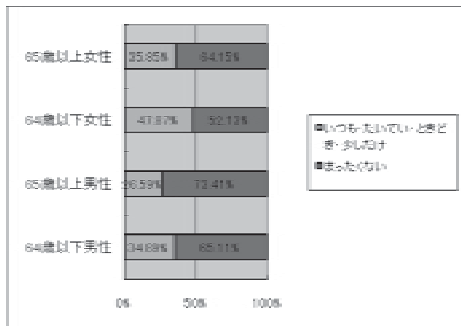
3. 結果

K6/K10を用いたスクリーニングが行えた対象者は1037人であり、平成22年8月時点で751人についてデータ解析を行った。何らかの支援（受診勧奨、要訪問、要観察・見守り、再電話）を要したのは、20.0%であり、65歳以上の女性で21.5%、65歳以上の男性で19.1%、64歳以下の女性で20.9%、64歳以下の男性で18.8%と、高齢者、女性にお

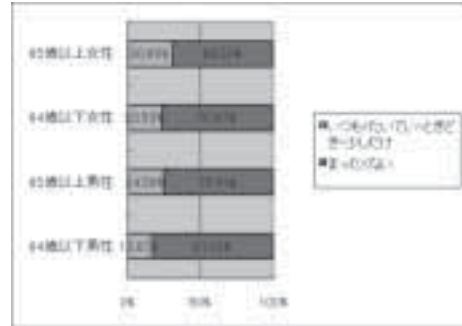
演題 3-17

いて、支援を要する割合が高かった。平成 19 年度の国民生活基礎調査の K6 データ（ベースラインデータ）と比較すると、通常時ではすべての項目において、「感じる」と答えた割合は 64 歳以下が多いにも関わらず、今回のデータでは、すべての項目で 65 歳以上での割合が多く、抑うつ症状出現の割合の年齢差が逆転していた。また、殺処分から経過した期間による K6 ポイントの動向を見ると、カットオフポイント以上の対象者の割合は、1 週間目で 5.4%、2 週間目で 2.8%、3 週間目で 10.9%、4 週間目で 3.5%、5 週間目以上で 3.1% であり、殺処分から 3 週間目で抑うつ傾向を示す対象者の割合が多い傾向を認めた。訪問後に医師の往診を要した対象者は、8 月時点で 4 人であり、その結果、1 例が入院、1 例が通院となった。尚、実施体制については、県と地元の市町村が連携する形をとったが、市町村によってその整備状況のばらつきが認められた。

H19 年国民生活基礎調査(宮崎県 975 人)
K6⑧項目「気分が沈みこんで何かが起こっても
気が晴れないように感じましたか」

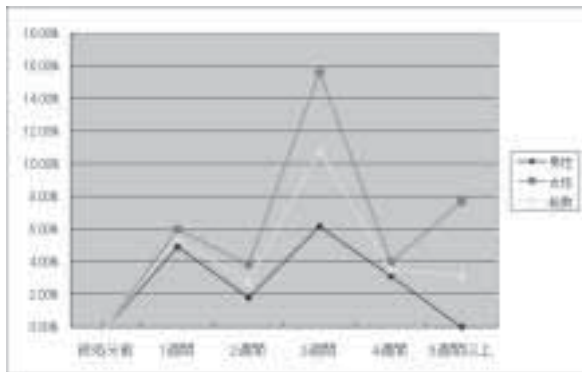


口蹄疫電話スクリーニング分析対象者 751 人
K6⑧項目「気分が沈みこんで何かが起こっても
気が晴れないように感じましたか」



殺処分日からの期間における
K6ポイント15点以上の割合

分析対象者総数559人：被災農家222人・ワクチン接種農家479人(川南町114人、西都市365人)



4. 考察

国内で 10 年ぶりの口蹄疫感染発生における被災者支援を行った。防疫の観点から、接触制限が行われ、孤立化および長期化の状況が、これまでの災害と比較すると特徴的であった。精神状態の評価においては、精神保健医療を要する重症者の可能性が高いのは、女性、および性別に関わらず 65 歳以上の高齢者であった。これは孤立化という状況因子と関連していると考えられる。また、家畜の殺処分というストレス要因から 3 週間目に重症度の高い対象者が増えることがわかった。このことから、口蹄疫対策においては、孤立化の状況下でのハイリスク者を考慮した上で、自殺等の危機介入のためには、殺処分 3 週間後をピークとした体制整備が必要であると考えられた。県と市町村との連携にばらつきがあったことについては、通常時より精神保健に関する認識の共有が必要であり、当センターにおいては、今後、要支援者のフォローアップも含めた情報提供、共有を行うための対応を行っていくこととしている。

岡山県精神保健福祉センターにおける県内保健所との連携システム

岡山県精神保健福祉センター

○ 野口 正行

藤田 健三

1 はじめに

近年、長期入院者の地域移行支援や治療中断・未治療者への地域定着支援が改めて問題となってきており、「サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくい」（「こころの健康政策構想会議提言集」より）という事態に注目が集まっている。そして厚生労働省でも「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」がアウトリーチ体制について活発な検討を行ったところである。地域でのアウトリーチはもともと保健所が中心になって担ってきたところであるが、保健師による訪問件数の減少、業務の多様化と増加など保健所機能の低下の中で、どの機関が中心になってアウトリーチを担うべきか、それぞれの機関の役割分担と連携体制はどうあるべきかが検討を要する課題となっている。そして精神保健福祉センターもまたアウトリーチシステムの中でどのような機能を果たすべきかを提示することが要請されている。岡山県においては県南の都市部に医療資源が偏在しており、医療資源が少ない県北では移動に多くの時間がとられることもあり、民間医療機関で訪問診療体制をカバーすることは困難である。また未治療・治療中断者は治療契約が取れないことも多く、法的にも経済的にも民間医療機関だけで支援体制を組むことへのハードルは高い。このような情勢の中、岡山県精神保健福祉センターでは、県内の保健所との連携を中心とした、公的機関を核としたアウトリーチシステムを強化する試みを展開している。このことによって、財政的限界のある中、地域での当事者への支援力を高め、地域定着をサポートすることを目的としている。以下、本システムの構想について発表したい。

2 岡山県精神保健福祉センターでのアウトリーチ活動

岡山県精神保健福祉センターでは、平成 17 年度より単県事業として「ACT-おかやま」チームを発足して、主に岡山市、倉敷市など県庁所在地近辺での複雑困難例を中心としたアウトリーチ支援を行った。県精神保健福祉センターに対する県内の保健所からの支援要請が多いため、平成 22 年度から県下全域を対象とし、保健所を中心としたアウトリーチ支援システムを運用することとした。

3 アウトリーチシステム構築のプロセス

平成 22 年 4 月より、県内保健所への支援を行うこと、それに先立ち各保健所のニーズを調査することを保健所長会、保健所担当者会議で広報した。5 月 7 日付けで調査を県内の岡山市保健所を除く 6 保健所と 4 支所に送付した。その回答を得た上で、精神保健福祉センター職員が各保健所に赴き聴き取り調査を行った。その結果をまとめると以下ようになる。

- 事例の診断は統合失調症（事例の 46%）が最も多いが、このほかに発達障害（18%）、アルコール依存（7%）、パーソナリティ障害（7%）の事例が多い
- 問題としては、他害・迷惑行為（26%）、家庭内暴力（21%）が多い。
- 治療へのつながりの有無では、治療中断・未治療のケース（51%）もあるが、治療中の事例（47%）で対応に苦慮している例が多い。
- 事例での困難と感じられた点では、本人の拒否（43%）、家族の理解・協力が無い（29%）、というものが最も多かった。またパーソナリティ障害（14%）も困難な要因としては頻度が高かった。
- 必要と思われる支援体制については、精神科医療機関の医師による訪問（20%）とセンターへの依頼（20%）が多く、医療評価への希望が多かった。

演題 3-18

- センターへの希望としては、事例検討会（事例の 44%）、支援方針を検討するための数回程度のアセスメント訪問（事例の 30%）へのニーズが高かった。

以上の結果を踏まえ、精神保健福祉センターの ACT チームを利用した保健所との支援システムを検討した。

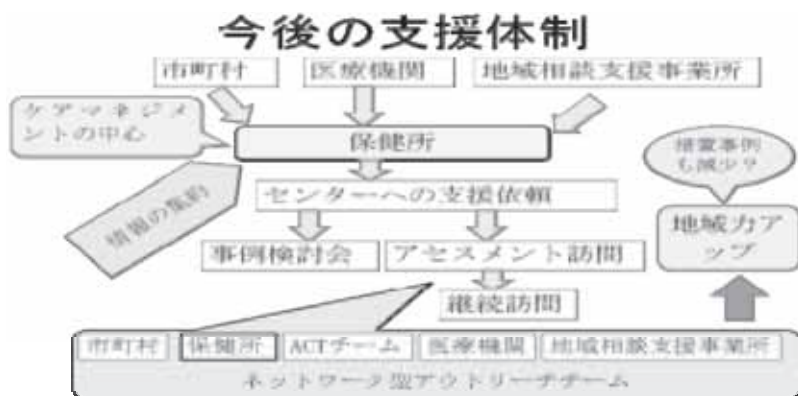
4 アウトリーチシステムの実際

新しいシステムでは、保健所が中心となりケアマネジメントを行うこととした。市町村、地域相談支援事業所、可能であれば医療機関などからの支援要請を保健所が一旦受け付けて、利用者について評価して保健所で支援を行う。そこで精神保健福祉センターでの支援が必要と判断された事例については、センターに情報シートを用いて依頼してもらうこととした。そして保健所の要望、事例の困難度、緊急度、地域などを考慮して、①事例検討会、②アセスメント訪問、③継続訪問の 3 段階の支援を行うこととした。

事例検討会では、訪問までは必要ないと判断された事例などを中心に各機関の役割、支援方針、方法などについて検討し、センターはスーパーバイザーとして参加することとした。

訪問では、医療評価・支援プラン作成のためのアセスメント訪問の要請が高かったため、緊急度や困難度が高い事例に対してセンターでは ACT チームによるアセスメント訪問をまず行うこととした。それで方向性が定まった場合には、市町村、地域相談支援事業所や保健所で訪問を継続してもらい、センターも事例検討会等で経過を追うこととした。困難度が高い事例については、各機関と同行ないしは交代でネットワーク型のアウトリーチチームを作り、訪問を継続することとした。

以下に今後の支援体制の概念図を示す。



5 今後の課題

このようなシステムが円滑に運用されるためには、機関間の連絡が緊密であること、保健所にきちんと情報が集約されること、一つの機関に過大な負担が集中しないことなどが必要である。またセンター内でも窓口を一本化して、依頼に迅速に対応できる体制、所内での研修・教育体制を整えて専門性の高い支援を維持できる体制、県では高い専門性を有する人員をセンターに確保するための人事体制や所外研修を可能にする体制・予算上の措置などが必要となる。

6 まとめ

岡山県精神保健福祉センターにおける保健所との連携アウトリーチシステムを報告した。まだ今年度になり運用が始まったばかりであり、これからもさまざまな調整が必要である。限られた財政的条件の中では、医療資源に乏しい地域、治療契約を結ぶことが困難な未治療・治療中断者などのアウトリーチ支援に対しては、精神保健福祉センターと保健所という既存の公的機関を利用したシステムが有用ではないかと思われる。

演題 3-19

東京都立中部総合精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ活動の実践

東京都立中部総合精神保健福祉センター

○根本 智美 山田 元大 吉村 榮一
井上 悟 川関 和俊

1. はじめに

中部総合精神保健福祉センターでは平成 21 年度から「未治療や医療中断等により、家庭内や地域で問題行動を示しているケースや社会生活の維持に困難を呈しているケースに対し、精神保健福祉センターに設置する「アウトリーチ支援チーム」が、区・関係機関と連携した訪問型支援を行っている。ここでは従来の受療・入院支援に留まらず、その後の地域生活への移行・定着に向けた継続的な支援もその射程に置いている。併せて、「関係機関職員に対して相談や介入等、援助技法の普及を図ることで、地域の人材育成を推進する。」という趣旨のもと、地域への出前講義も計画的に組み合わせた形で実施しており、これら全体をアウトリーチ支援型モデル事業と呼称した。

2. 支援チームの構成と具体的な支援内容

(1) 支援チームの構成

医師、保健師、看護師、心理職、弁護士、精神保健福祉士等、多職種による専門チームを編成する。モデル事業のため精神保健福祉センターの現行の人員体制のもとで実施する。

(2) 支援対象と選定方法

治療や医療中断等により、家庭内や地域で問題行動を示しているケースや社会生活の維持に困難を呈しているケース等で区や関係機関から精神保健福祉センターに寄せられた支援要請ケースから選定する。

(3) 支援の具体的な内容

- ①地域関係機関と同伴しての直接訪問によるアセスメント・受療勧奨・ケースマネジメント
- ②機関連携のコーディネート(医療機関・警察・児相・区関係機関等)
- ③地域移行・定着支援計画作成、支援ネットワーク作り、ケア会議コーディネート、出前講義 等。

(4) 支援期間

保健所等の地域関係機関のみの支援で安定的に生活ができるまでの期間。

3. アウトリーチ支援型モデル事業の概要

ここでは、アウトリーチ支援型モデル事業の概要を報告し、その特徴を示す。

今回報告するモデル活動は 20 案件、22 ケースでそのうち男性は 8 名 (36%)、女性は 14 名 (64%) となっており女性が半数以上を占めている。

(1) 年齢階層

年齢階層を見てみると 20 代 2 名、30 代 4 名、40 代 5 名、50 代 1 名、60 代 2 名、70 代 4 名、80 代 4 名となっている。最も多い 40 代が 23%となっているが、70 代と 80 代を合わせると 36%となり、高齢者が多くなっている。

(2) 主診断

主診断の診断名は ICD-10 の分類で F2 : 「統合失調型障害および妄想性障害」が 11 ケースで全体の 50%、F8 : 「心理的発達の障害」が 6 ケースで全体の 27%、F0 : 「症状性を含む器質性精神障害」、その内訳は全て認知症であったが、5 ケースで全体の 23%となっている。

「心理的な発達の障害」の内訳は全例、広汎性発達障害であったが、全体の 1/4 以上を占めていた。

演題 3-19

F8 の多さは近年、センターへの支援要請の変化として捉えられる現場感覚にもほぼ一致するものであった。

(3) 複数回出張および訪問

20 案件のうち複数回出張および訪問を行ったのは 10 案件で、そのうち最も頻回な案件では 13 回出張および訪問を行っている。

(4) 課題（重複あり）

これまで訪問した 20 案件に含まれる課題についてみていきたい。一つの案件に課題は一つだけとは限らず複数の課題が混在していた。今回は課題を 5 類型に分けて評価してみた。

最も多数を占めているのが「地域処遇・トラブルおよび地域移行・定着に関する課題」であり 8 ケース、全体の 40%であった。続いて「法律問題」と「家族・虐待問題」がともに 7 ケース（35%）、4 番目に「思春期問題・発達障害」が 6 ケース（30%）であり、「薬物・アルコール問題」については加虐家族に問題を有するケースが 1 ケースのみであった。

(5) 支援内容（重複あり）

センターが行った具体的支援内容は以下の通りとなっている。精神保健福祉法 34 条を含む入院支援が行われたケースは全体の 32%にあたる 7 ケース、この支援には受療勧奨から入院にいたる全体のプロセスへの継続的関与から入院先病院の紹介のレベルの内容までを含んでいる。地域移行・定着支援が行われたケースと権利擁護的対応が行われたケースはともに全体の 23%にあたる 5 ケース。施設入所支援を行ったケースが 3 ケースで全体の 14%、外来受診支援を行ったのは 2 ケースで 9%となっている。出前講義は 1 ケース、5%であった。

4. 特徴と考察

アウトリーチ支援型モデル事業の概要をこれまでみてきたが、その中から特徴と思われる点を挙げてみたい。

主診断について統合失調症は全ケースの半数程度で、F8:「心理的な発達障害（疑いを含む）」が 1/4 を占める結果となった。これは何を意味しているのだろうか。以下、主診断が F8 となっている案件をみてみたい。発達障害（疑い含む）の診断を受けているケースは 30 代・40 代がほとんどを占めていた。内、親との間で問題が生じているケースが 5 案件あった。なかには問題となる行動が虐待に結び付き問題解決の手段として家族の分離を検討し、実際分離に至った案件もあった。このような支援要請ケースでは心理的な発達障害があっても気付かれないうまま、周囲や家族の不適切な接し方によって二次障害が加重したと思われるケースが多かった。また既に心理的な発達の障害と診断されていても、地域の支援者側に相談技術が不足していたために、センターに支援要請があがったと思われるケースも散見された。

手法として、弁護士を同行してのアウトリーチも本事業の重要な要素となっている。具体的には、高齢者の経済虐待の問題が伏在する事例で地域の対応に問題が認められた案件について区や保健所へ意見具申を実施・成年後見制度の活用を助言・強制執行等の民事案件が並存するケースへの支援のあり方を助言・精神科病院への搬送に関する法的コンプライアンスを検討・個人情報保護に配慮した住民対応・訴訟を見込んだ記録の残し方など行政対応上のリスクマネジメントに関する助言等を行った。

特に問題が複雑化し精神保健福祉からのアプローチのみでは問題の解決に至らない案件に対しては弁護士を同行してのアウトリーチを行い、法的コンプライアンスの観点を取り入れて介入の進行管理をすることが有効であった。

全国CRTの現況報告2010（誌上発表）

山口県精神保健 福祉センター	長崎県長崎こども・女性 ・障害者支援センター	静岡県精神保健 福祉センター	和歌山県精神保健 福祉センター	大分県こころとからだ の相談支援センター	石川県こころの 健康センター
河野 通英	大塚 俊弘	松本 晃明	小野 善郎	大隈 紘子	清田 吉和

はじめに

児童生徒の自殺事案について昨年度誌上発表した。今年度は2009年以降の概況を報告する。

1年間の動き

石川県CRTスタート（2009年9月）

2009年9月に石川県CRTがスタートした。これにより、CRTは、山口県、長崎県、静岡県、和歌山県、大分県、石川県の6県となった。他に、CRTの要件は満たさないが、多職種の専門職派遣事業（CRPに分類）がある。

京都府教育委員会CCSTスタート（2009年12月）

京都府教育委員会が多職種チームを2009年12月に発足させた。これは、都道府県または政令市教育委員会が主体となる「内部型」であることから、「外部型」であるCRTと区別するためにCSTに分類する。専門職と府教委職員が混成チーム（CCST；Combind Crisis Support Team）を組織することが特徴である。

山口県水害（2009年7月、2010年8月）

山口県は2年連続で水害に見舞われた。災害は学校CRTの対象ではないが、待ちの姿勢ではなく「先に動く」というCRTのノウハウがセンターの技術支援に活かされた。また、CRTが発行しているリーフレット等の災害バージョンが作成され、現場で使われた。（<http://www.h7.dion.ne.jp/~crt/>）

第5回全国CRT連絡協議会（大分県）開催（2010年8月）

全国CRT連絡協議会は、CRT及び類似の活動を行っている自治体やその関係者が一堂に会して、相互に情報や意見を交換することで事業の質を高めるとともに、本事業を広く啓発することを目的として開催するもので、学校や教育委員会関係者も参加している。

2006年に静岡県で第1回が開催され、その後、和歌山県、長崎県、山口県、2010年は8月8日～9日に大分県で開催された。2011年は石川県の予定で、6県一巡することになる。2012年以降も継続することが確認された。

静岡県CRTが年間6回派遣（2009年）

2009年に静岡県CRTは6回出動したが、6回は限界を超えており、継続できる回数ではないと考えられる。6回中4回は衝撃度Ⅱであった（衝撃度については表2）。衝撃度Ⅱの事案にCRTは派遣可能だが、派遣の義務を負わないことから、今後は県教育委員会が主体となり、心のケアはスクールカウンセラー派遣で対応するのが本来の姿と考えられた。

全国のCRT派遣実績

2009年12月までの派遣実績は表1のとおりである。取り決めにより、全国基準を満たす派遣のみを掲

演習 3=20

載している。

CRT 活動をとおして見えてきたこと

CRT のサポートにより、学校や教育委員会の当事者意識を減弱させ、その対応スキルを落としてしまうことがあるため、「してあげる」支援だけではなく、「できるようにする」支援を重視する必要がある。そのため、「3 日間、初期対応限定」を守ることと、衝撃度の低い事案に派遣すべきではない。CRT は、衝撃度Ⅲ弱以上が派遣対象であり、衝撃度Ⅰでの派遣は不可となっている。衝撃度Ⅱは対象ではないが、CRT の判断で派遣することができる。衝撃度Ⅱの全てに CRT を派遣すると、教育委員会や学校の当事者意識や対応スキルを落としてしまうため、衝撃度Ⅱ事案は、県教委とスクールカウンセラー派遣事業にある程度委ねていく必要がある。

おわりに

この 1 年の全国の CRT および関連活動について概況を報告した。CRT は現在 6 県だが、慎重な検討と十分な準備の上で新たに取られるセンターが現れることを期待している。一方、CRT 以外の多職種チームがどのように広がっていくのか、注目したい。

表 1 全国 CRT 派遣実績 (回) 2003 年 8 月～2009 年 12 月

県	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	計
山口県	2	4	2	1	1	2	0	12
長崎県	—	—	5	2	2	0	0	9
静岡県	—	—	1	3	2	3	6	15
和歌山県	—	—	—	—	1	3	2	6
大分県	—	—	—	—	—	—	2	2
石川県	—	—	—	—	—	—	0	0
計	2	4	8	6	6	8	10	44

表 2 type I 学校危機の衝撃度

事件規模	衝撃度	事 案 例	◎学校管理下	○学校管理外
大 規 模	VI	◎北オセアチア共和国学校テロ		
	V	◎大阪池田小事件		
中 規 模	IV	◎佐世保市の小 6 殺害事件		
		◎山口県立高校爆発物事件、数十人救急搬送		
	Ⅲ強	◎校内で子どもが自殺。数人以上の子どもが間近で目撃 ◎校内プールで水死。多数の子どもが間近で目撃		
小 規 模	Ⅲ弱	◎通学路で子どもがはねられ死亡。数人の子どもが間近で目撃		
		○親子心中事件		
小 規 模	Ⅱ	○自宅で子どもが自殺		
		○川で数人の子どもが遊んでいる時に 1 人水死		
小規模以下	I	○家族旅行中の交通事故で子どもが死亡		